

INFLUENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO SOBRE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA MEDIDA POR DAPSA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

Luis María Jiménez Liñán¹, Antonio Cardenal Escarcena², Clara Terol Muñoz³, Sara María Rojas Herrera³, Mirian Yaneth Orellana³, Raúl Veroz González³, José Luis Álvarez Vega⁴.

1.Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. 2.Servicio de Reumatología, Hospital Don Benito-Villanueva, Badajoz. 3.Servicio de Reumatología, Hospital de Mérida. 4.Servicio de Reumatología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Introducción

Es conocida la importante comorbilidad cardiovascular y metabólica asociada a la artritis psoriásica (APs). Aparte de la inflamación propia de la enfermedad, la obesidad y el síndrome metabólico (SM) también producen un estado inflamatorio crónico de bajo grado, debido a la producción de citocinas proinflamatorias por el tejido graso visceral, siendo, además, un predictor negativo de respuesta al tratamiento. Son pocos los estudios acerca de cómo el propio SM puede afectar a la actividad inflamatoria de la enfermedad.

Objetivos

Describir las características clínicas y analíticas de pacientes con APs con y sin síndrome metabólico asociado y evaluar la influencia sobre la determinación de la actividad inflamatoria medida por DAPSA y MDA.

Métodos

Estudio observacional transversal de pacientes diagnosticados de APs en tres áreas hospitalarias de Badajoz (Extremadura). Se recogieron variables clínicas y de laboratorio, se estudió si cada paciente reunía criterios para SM, de acuerdo con los criterios de ATP III revisados en 2005 por la NHLBI/AHA, y evaluamos la actividad de la enfermedad mediante DAPSA (Disease Activity in Psoriatic Arthritis) y MDA (Minimal Disease Activity). De forma inicial se realizó un análisis univariable para valorar la relación entre la presencia o no de SM y el DAPSA, con posterior ajuste de las variables de confusión y realización de un análisis de regresión lineal multivariable.

Resultados

Se incluyeron 156 pacientes, 73 mujeres (46,8%) y 83 hombres (53,2%). Se clasificaron a los pacientes en dos grupos: con SM 41%) y sin SM (59%). La edad media en el grupo con SM de 58,9 años (DE 11,7) y en el grupo sin SM de 51,3 años (DE 10,7). El tiempo de evolución de la enfermedad fue de 7 años en ambos grupos (mediana 7, RIC 8). El resto de las características estratificadas de los pacientes en función de la presencia de SM se reflejan en las tablas 1 y 2. Se estudió la relación entre síndrome metabólico y la actividad inflamatoria medida por DAPSA y por MDA. En el análisis univariable, el SM se relaciona con DAPSA, y los pacientes con SM tienen 2,7 puntos más de DAPSA que los pacientes sin SM (fig.1), coeficiente β: 2,7, IC95%: 0,3 a 5,1, p=0,029. Tras ajustar por las variables de confusión en el análisis de regresión lineal multivariable, el SM, por el contrario, no influye en el DAPSA: Coeficiente β 1,6, IC95%: - 0,6 a 3,7, p=0,145. Por otro lado, aunque había un mayor porcentaje de pacientes que alcanzaron remisión (VLDL) o mínima actividad medida por MDA en pacientes sin SM, no era estadísticamente significativo (p=0,158).

Conclusiones

En este estudio se puede observar la tendencia existente entre presentar SM y una mayor actividad inflamatoria en la APs, especialmente mediante DAPSA, pudiéndose explicar por la mayor carga cardiometabólica de la enfermedad y una mayor perpetuación del estado inflamatorio. Es fundamental en los pacientes con APs, independientemente del tratamiento inmunosupresor, realizar un control estricto sobre los factores de riesgo cardiovascular. El diseño del estudio no permite establecer esta relación de confianza y no se pueden extraer conclusiones de causalidad, siendo necesarios estudios con mayor potencia y tamaño muestral para establecer dicha relación.

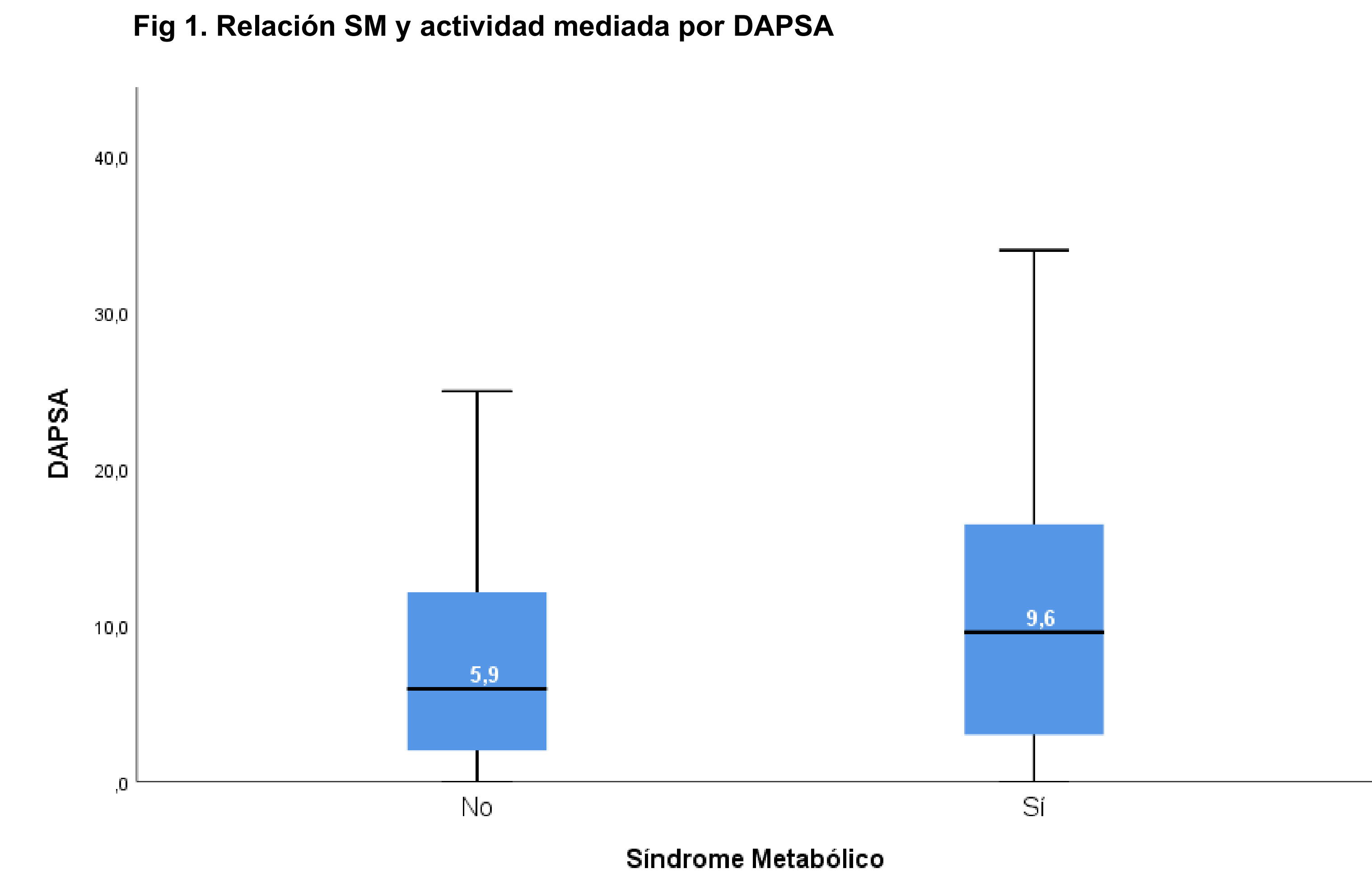


Tabla 2. Tratamientos en cada uno de los grupos (sin SM y con SM)

Variable	Sin SM N =92	Con SM N= 64	P
Tratamiento con FAMEsc. N (%)			0,196
Metotrexato	38 (41,3%)	34 (53,1%)	
Sulfasalazina	1 (1,1%)	2 (3,1%)	
Leflunomida	1 (1,1%)	2 (3,1%)	
Tratamiento con FAMEde/sd			0,649
Apremilast	13 (14,1%)	7 (10,9%)	
Jakinibs	3 (3,3%)	1 (1,6%)	
Tratamiento con FAMEb. N (%)			0,066
Anti-TNF	35 (38,0%)	17 (26,6%)	
Anti-IL 12/23	3 (3,3%)	8 (12,5%)	
Anti-IL 23	3 (3,3%)	1 (1,6%)	
Anti-IL 17	5 (5,4%)	8 (12,5%)	

Tabla 1. Diferencias clínicas entre paciente con artritis psoriásica sin y con SM

Variable	Sin SM N =92	Con SM N= 64	P
Hábito tabáquico. N (%)			
Fumador	18 (19,6%)	12 (19,0%)	0,300
Exfumador	18 (19,6%)	19 (30,2%)	
Hipertensión arterial. N (%)	15 (16,3%)	37 (57,8%)	<0,001
Dislipemia. N (%)	21 (22,8%)	51 (79,7%)	<0,001
Diabetes mellitus. N (%)	0 (0,0%)	16 (25,0%)	<0,001
Grado de obesidad. N (%)			
Sobrepeso	40 (44,0%)	27 (42,2)	<0,001
Grado I	8 (8,8%)	22 (34,4%)	
Grados II y III	2 (2,2%)	10 (15,7%)	
IMC (kg/m2). Mediana (RIC)	25,4 (4,9)	30,2 (5,6)	<0,001
Perímetro abdominal (cm). Mediana (RIC)	93 (15)	105 (11)	<0,001
Antecedentes ECV. N (%)			
Cardiopatía isquémica	0 (0,0%)	8 (12,5%)	<0,001
Ictus/AIT	0 (0,0%)	1 (1,6%)	
Afectación cutánea. N (%)	88 (95,7%)	59 (92,2%)	0,114
BSA. N (%)			
Leve (<3%)	84 (91,3%)	42 (71,2%)	0,005
Moderada (3-10%)	8 (8,7%)	15 (23,8%)	
Grave (>10%)	0 (0%)	2 (3,2%)	
Tipo afectación articular. N (%)			
Periférica	75 (81,5%)	47 (73,4%)	0,024
Axial	11 (12,0%)	4 (6,3%)	
Mixta	6 (6,5%)	13 (20,3%)	
Patrón de la artritis periférica. N (%)			
Monoarticular	17 (18,5%)	11 (17,2%)	0,525
Oligoarticular	51 (55,4%)	38 (59,4%)	
Poliarticular	13 (14,1%)	11 (17,2%)	
Afectación ungueal. N (%)	50 (54,3%)	42 (65,6%)	0,159
Dactilitis. N (%)	25 (27,2%)	21 (32,8%)	0,447
Entesitis. N (%)	23 (25,3%)	8 (12,5%)	0,05
EII. N (%)	2 (2,2%)	1 (1,6%)	0,782
Uveítis. N (%)	4 (4,3%)	2 (3,1%)	0,693
DAPSA. N (%)			
Remisión (≤4)	41 (46,6%)	23 (40,6%)	0,058
Actividad Baja (≤14)	32 (36,4%)	17 (26,6%)	
Actividad Moderada (≤28)	15 (17,0%)	19 (29,7%)	
Actividad alta (>28)	0 (0%)	2 (3,1%)	
MDA. N (%)			
No	36 (41,4%)	32 (50,8%)	0,158
MDA	24 (27,6%)	20 (31,7%)	
Remisión (VLDA)	27 (31,0%)	11 (17,5%)	
HAQ. Mediana (RIC)	0,250 (0,750)	0,375 (0,875)	0,141